

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen und möglichen Risiken und Nebenwirkungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen Bernadette Schmidt bzw. Maria Kadambat - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, Kaiser-Otto-Platz 6, 59872 Meschede,

nachfolgend **Psychotherapeut** genannt

und

Patient: \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

ggf. Sorgeberechtigter: \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

ggf. Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

(bei familienversicherten Patienten)

nachfolgend **Patient bzw. Sorgeberechtigter** genannt

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung des o.a. Patienten vereinbart.

**Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des Patienten bzw. Sorgeberechtigten abgerechnet werden:**

- Ich bin/der Patient ist in der gesetzlichen Krankenversicherung,** bei der  
----- Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten der o.a.  
Krankenversicherung, die Abrechnung  
der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.  
Sollte die o.a. Krankenversicherung nicht für erfolgte Leistungen aufkommen, werden mir  
diese gemäß GOP<sup>i</sup> in Rechnung gestellt.
- Ich bin/der Patient ist privat versichert bei**  
----- Die Psychotherapiekosten  
werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP<sup>i</sup> in Rechnung gestellt und durch mich bei der  
o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin/der Patient ist beihilfeberechtigt, Beihilfestelle:**  
----- Die Psychotherapiekosten werden mir durch  
den Psychotherapeuten gemäß GOP<sup>i</sup> in Rechnung gestellt und durch mich bei der o.a. Beihilfestelle  
abgerechnet.
- Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen.**  
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP<sup>i</sup> in Rechnung  
gestellt.

Ich verpflichte mich, dass ich mich selbst um die Therapiekostenübernahme bemühe. Wenn Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden sollen, verpflichtet ich mich, die Chipkarte (Krankenversichertenkarte) jeweils zum ersten Termin im Quartal in der Praxis vorzulegen. Einen Versicherungswechsel werde ich dem Psychotherapeuten unverzüglich mitteilen.

### **Der Patient bzw. Sorgeberechtigte erklärt hinsichtlich der Berichtstellung an den (überweisenden) Kinder-/Haus-/Facharzt:**

- Ich bin nicht damit einverstanden, dass anderen Ärzten und Psychotherapeuten über die Psychotherapie berichtet wird.
- Ich wünsche einen Bericht gegenüber folgendem Arzt bzw. folgenden Ärzten. Für etwaige Kosten komme ich auf:  
Name/Anschrift: \_\_\_\_\_

### **Zusätzlich vereinbaren Patient bzw. Sorgeberechtigter und Psychotherapeut folgendes:**

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (i.d.R. Krankenversicherung, Beihilfestelle) schuldet grundsätzlich der Patient bzw. Sorgeberechtigte das Honorar des Psychotherapeuten in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOPl. Dem Patienten bzw. Sorgeberechtigten ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle in voller Höhe übernommen werden.

Der Patient bzw. Sorgeberechtigte verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 48 Werktagsstunden vorher abzusagen (z. B. telefonisch; Tel. Frau Schmidt: 0291 12220144 oder 0152 06549497; Tel. Frau Kadambat: 0291 12220049 oder 0157 73464964). Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem Patienten bzw. Sorgeberechtigten ein Ausfallhonorar über 60,00 € in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der Patient bzw. Sorgeberechtigte unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung oder die Beihilfestelle findet in diesem Fall nicht statt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten  
bzw. volljährigen Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des  
Psychotherapeuten

Das **Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie** habe ich erhalten und gelesen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten  
bzw. volljährigen Patienten

Sehr geehrter Patient bzw. Sorgeberechtigter,

um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben, habe ich die Abrechnung meiner Leistungen der **PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 6, 45481 Mülheim**, übertragen. Diese ist im Ursprung bereits 1927 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten gegründet worden. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben schaltet die PVS das mit ihr verbundene Unternehmen PVS holding GmbH ein. Die PVS holding GmbH ist die Muttergesellschaft der PVS. Die PVS holding GmbH wickelt im Auftrag der PVS sämtliche mit der Erstellung und Bezahlung der Rechnungen in Verbindung stehenden buchhalterischen Vorgänge ab. Zudem übernimmt die PVS holding GmbH im Auftrag der PVS die Wartung und Pflege der EDV-Infrastruktur sowie den Druck und Versand der Rechnungen und der Kundendokumentation. Alle Mitarbeiter dieser Unternehmen unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes mit gleicher gesetzlicher Bindungswirkung wie ich selbst.

Meine Honorarforderung trete ich treuhänderisch an die PVS ab. Das bedeutet, dass die PVS die Rechnung im eigenen Namen erstellt und die Honorarforderung auf eigene Rechnung einzieht. Die PVS ist Ihre kompetente Ansprechpartnerin für alle Fragen im Zusammenhang mit der Rechnung und deren Bezahlung. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Prozesspartei und ich als Psychotherapeut bin gegebenenfalls Zeuge. Die PVS unterliegt jedoch bis zur endgültigen Bezahlung meinen Weisungen. Dies gilt insbesondere zur Höhe der Honorarforderung. Ich bleibe auf jeden Fall Herr des Verfahrens und bleibe Ihnen auch als Ansprechpartner erhalten.

Ich bitte Sie, mir durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Abtretung und zur Übermittlung der zur Rechnungserstellung und zum Einzug meiner Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die oben genannten PVS-Unternehmen zu erteilen. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen oder die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dann müsste ich selbst die Abrechnung vornehmen.

#### **Für gesetzlich Versicherte:**

Die gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen i.d.R. die Kosten für die Behandlung bei mir, sofern zu jedem Quartal die gültige Versichertenkarte vorgelegt wird. Falls mit Ihrem Wissen Kosten entstehen, die Sie privat tragen müssen (z.B. Ausfallhonorar), würde die Abrechnung jedoch über die PVS erfolgen. Für eine reibungslose Zusammenarbeit mit mir in meiner Praxis ist Ihre Einwilligung also ebenfalls notwendig.

Herzliche Grüße, Bernadette Schmidt und Maria Kadambat – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen.

**Hiermit erteile ich diese Einwilligung und entbinde insoweit meinen Psychotherapeuten zugleich von der Schweigepflicht.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten  
bzw. volljährigen Patienten

<sup>i</sup> Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten